



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

*MÁSTER UNIVERSITARIO EN EMERGENCIAS Y  
CATÁSTROFES*

## Trabajo fin de máster

**INITIAL RAPID ASSESSMENT  
Y**

***SU IMPLIACIÓN EN EL ÁREA***

*Jose Alberto Cabrera Ramirez*

Alicante, 30 de *junio* de 2021

## **-TRABAJO FIN DE MÁSTER-**

**CURSO ACADÉMICO 2020-2021**

### **TÍTULO:**

**INITIAL RAPID ASSESSMENT Y SU IMPLICACIÓN EN EL ÁREA**

### **AUTOR:**

**JOSE ALBERTO CABRERA RAMIREZ**

### **TUTOR ACADÉMICO/ COTUTOR ACADÉMICO:**

*PROF. DR. Salvador José Mollá Pérez /Angela Sanjuan Quilès*

**MODALIDAD DEL TRABAJO DE FIN DE MÁSTER:MODALIDAD 2**

### **RESUMEN**

La provisión de Acción humanitaria y las misiones de **respuesta médica temprana o de Tracto rápido por medio de Initial Rapid Assessment** a áreas devastadas por catástrofes son tan esenciales hoy como en el pasado, y el personal sanitario juega un papel fundamental en estas delegaciones.

Las emergencias de Tracto Rápido llevadas a cabo a través de los Equipos Médicos de Emergencias constituyen un reto para la comunidad internacional, que juega un papel fundamental en la intervención y la prevención de este tipo de desastres. Para mejorar no solo la respuesta, sino también la implementación de nuevas medidas para prevenir este tipo de desastres, deben analizarse cuáles son las causas de las emergencias de tracto Rápido, cuáles son sus consecuencias y cómo debería organizarse la acción humanitaria para responder a las necesidades de la población civil en estas situaciones

Se realiza un estudio cualitativo para extraer descripciones y datos por medio de la observación, artículos y protocolos de Emergencias de Tracto Rápido a seguir por las

distintas Agencias/ONG's, teniendo en cuenta a su vez los métodos **Assessment** que nos confirma la calidad de el cuidado en el uso de los diferentes materiales del estudio.

Los resultados y conclusiones que aporta el estudio son tanto desde el punto de vista del impacto económico, como de la calidad del cuidado y la **no polarización** de servicios en despliegues, siempre desde la perspectiva holística

## **PALABRAS CLAVE**

Acción Humanitaria, Respuesta de Tracto Rápido, Equipos médicos de Emergencias, Assessment (IRA).

## **ABSTRACT**

The provision of humanitarian action and early medical response or rapid-response missions to areas devastated by disasters is as essential today as in the past, and health workers play a key role in these delegations.

Rapid Transit emergencies carried out through Emergency Medical Teams are a challenge for the international community, which plays a key role in the intervention and prevention of such disasters. In order to improve not only the response but also the implementation of new measures to prevent such disasters, the causes of rapid-onset emergencies, their consequences and how humanitarian action should be organised to respond to the needs of the civilian population in these situations need to be analysed. A qualitative study is carried out to extract descriptions and data through observation, articles and protocols on rapid-tract emergencies to be followed by the different agencies/NGOs, taking into account the assessment methods that confirm the quality of care in the use of the different study materials.

The results and conclusions provided by the study are both from the point of view of economic impact, quality of care and non-polarisation of services in deployments, always from a holistic perspective.

## **KEY WORDS**

Humanitarian Aid, Early Medical Response, Emergency Medical Teams, Assessment (IRA)

**SR/A COORDINADOR/A DEL MÁSTER UNIVERSITARIO EN  
MÁSTER UNIVERSITARIO EN EMERGENCIAS Y CATÁSTROFE**

## **INDICE.**

### **RESUMEN / ABSTRACT**

## **1. INTRODUCCIÒN**

### **1.1. JUSTIFICACIÒN**

### **1.2. DEFINICIONES DE PALABRAS CLAVE**

#### **1.2.1. ACCION HUMANITARIA**

#### **1.2.2. RESPUESTA DE TRACTO RAPIDO**

2.1. Su Organización.

2.2. Clúster.

2.3. Coordinación entre Clústeres.

2.4. Criterio de Activación.

2.5. Apoyo Técnico Especializado.

#### **1.2.3. EQUIPOS MEDICOS DE EMERGENCIAS**

3.1. Visión de los EMT.

3.2. Definidos nivel EMT.

#### **1.2.4. ASSESMENT (IRA)**

4.1. Antecedentes.

4.2. Objetivo IRA.

4.3. Momento IRA.

4.4. Funciones y responsabilidad.

## **2. OBJETIVOS**

2.1. OBJETIVOS GENERALES

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

## **3. METODOLOGIA**

3.1. MATERIAL Y METODOS

3.2. CARASTERISTICAS

### 3.3. ANALISIS

#### 3.3.1 .MEDICOS DEL MUNDO

#### 3.3.2. CRUZ ROJA/ MEDIA LUNA ROJA

#### 3.3.3. AECID

#### 3.3.4. OPS

### 3.4. ELABORACION GRUPO DE EXPERTOS

#### 3.4.1. PERFILES DE LOS EXPERTOS

#### 3.4.2. CREACION DE LAS PREGUNTAS

## 4. RESULTADOS

## 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

### 5.1. DISCUSIÓN

### 5.2. CONCLUSIÓN

## 6. AGRADECIMIENTOS

## 7. BIBLIOGRAFIA

## 8. ANEXOS

# 1. INTRODUCCIÓN

Los acontecimientos que han sucedido en los últimos años en diferentes países (desarrollados, emergentes y en desarrollo), como el Tsunami de Indonesia (2004), el huracán Katrina (2005), la gripe pandémica H1N1 (2009), el terremoto de Haití y Chile (2010), Japón con su crisis nuclear (2011), Mozambique con ciclón Idai (2019), Pandemia SARS-CoV-2 (2019) y las recientes crisis de refugiados e inmigrantes, nos traen imágenes de situaciones en que heridos de diferente gravedad eran atendidos por los servicios sanitarios y trasladados con los medios posibles a los hospitales para su tratamiento definitivo.

Según el libro “ Respuestas de salud al terremoto de Haití” (1)

publicado en la web de OPS, de muestra que, a pesar de que se salvaron vidas y tuvieron muchos equipos médicos, también se cometieron muchos fallos que podían haberse evitado, incluso muchos equipos médicos llegaron a ser incompetentes y no estaban preparados para el cuidado médico requerido por los pacientes.

A consecuencia de ello la OPS planteo una reunión de expertos en diciembre del 2010 en Cuba con el nombre “Guía para el uso de hospitales de campaña extranjeros en casos

de desastres” que era una actualización de la OPS/OMS del año 2003, cuyo objetivo era mejorar la coordinación de los equipo médicos internacionales y la rapidez y eficiencia en el despliegue, lo que hoy se conoce como Equipos Médicos de Emergencia en una Initial Rapid Assessment.(2)

El presente Trabajo Fin de Máster pretende abordar desde un punto de vista global el fenómeno de las Emergencias de Tracto Rápido y su implicación en el área a través del Assessment.

La bibliografía existente sobre las emergencias de Tracto Rápido y su Assessment incluye, principalmente, artículos que se centran en aspectos concretos dentro de las múltiples cuestiones relativas a este tipo de catástrofes. Por esta razón, el proyecto que a continuación se presenta tiene como objetivo revisar la literatura disponible actualmente para proceder a confeccionar un marco comparativo que comprenda de forma integral los aspectos fundamentales en el ámbito de las emergencias de Tracto Rápido.

La investigación en este campo es de suma relevancia por lo que permitiría a la comunidad internacional entender, prevenir e intervenir de forma más efectiva en las futuras crisis humanitarias que se deriven de las emergencias de Tracto Rápido.

## **1.1. JUSTIFICACIÓN**

La cooperación en Acción Humanitaria es de relevancia capital para las víctimas de desastres y otras emergencias.

La asistencia humanitaria debe prestarse de conformidad con los principios de humanidad, neutralidad, independencia e imparcialidad.

La soberanía, la integridad territorial y la unidad nacional de los Estados deben ser respetados de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas. En este contexto, la asistencia humanitaria debería contar con el consentimiento del país afectado.

La magnitud y duración de muchas emergencias puede estar más allá de la capacidad de respuesta de muchos países afectados. La cooperación internacional puede hacer frente a las situaciones de emergencia y fortalecer la capacidad de respuesta de los países afectados.

**1.2.** Para localizar dicha literatura empleada en este proyecto de Fin de máster, se utilizaron las siguientes palabras claves: Acción Humanitaria, Respuesta de Tracto Rápido, Equipos médicos de Emergencias, Assessment (IRA).

### **1.2.1. Acción humanitaria**

La Acción humanitaria vista desde el prisma de las agencias humanitarias es considerada como el conjunto de acciones emprendidas para ayudar, proteger y defender a las personas afectadas por un desastre: sus vidas y sus medios de subsistencia.

Los objetivos de la acción humanitaria son: “**salvar vidas, aliviar** el sufrimiento y mantener la **dignidad** humana así como **prevenir y fortalecer** la preparación ante esas o futuras situaciones”.

El principal objetivo fundamental de la acción humanitaria internacional es apoyar los esfuerzos nacionales para proteger las vidas, los medios de subsistencia y la dignidad de las personas necesitadas todo ello con **humanidad, neutralidad, imparcialidad e independencia**.

Citando la Resolución 46/182 de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 19 de diciembre de 1991, sobre el fortalecimiento de la coordinación de la asistencia humanitaria de emergencia establece los siguientes mecanismos de las Naciones Unidas para fortalecer la eficacia de la acción humanitaria internacional, entre ellas encontramos: el Fondo Central de Respuesta a Emergencias (CERF), el Coordinador del Socorro en Emergencias (ERC), el Comité Permanente entre Organismos sobre la Respuesta Humanitaria (IASC) y la Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA).(3)

### **1.2.2. RESPUESTA DE TRACTO RAPIDO**

Se podría definir como la provisión de ayuda o intervención durante o inmediatamente después de un desastre, encaminado a preservar la vida y cubrir las necesidades básicas de la población afectada, cubriendo un espacio temporal inmediato.

Los desastres producen impactos importantes en los sistemas de salud y en el bienestar físico, social y mental de las poblaciones afectadas.

Es de vital importancia que la respuesta se realice con una clara comprensión del estado de salud de la población afectada, de sus necesidades y de la situación de su sistema de salud antes de la crisis. Por ello es primordial contar con la participación de las poblaciones afectadas.

A lo largo del tiempo se seguía un modelo de respuesta “asistencialista” que se ha basado en el envío de “hospitales de campaña”, actuando con independencia de los recursos locales y por un tiempo limitado, sin asegurarse una sostenibilidad de los cuidados iniciados y sin valorar las repercusiones en las estructuras locales.

Según la OAH, la coordinación con las capacidades locales, es el medio más eficaz para facilitar la recuperación de la crisis y ayudar a prepararse para futuros retos. Proponiendo una respuesta orientada al fortalecimiento de sistemas de salud, en coordinación con los actores locales vinculados a este sistema, y en especial con las mujeres, no por ser uno de los principales usuarios del sistema sanitario, más bien porque facilitan a los equipos médicos una mejor comprensión tanto cultural y socio-sanitaria de la población local como de las necesidades específicas de los colectivos más vulnerables.

Esta respuesta se puede originar en tres contextos:

- Poblaciones con estructuras sanitarias dañadas y/o inexistentes. Implica el uso de profesionales expatriados y estructuras físicas como puestos médicos avanzados (PMA) y hospitales de campaña (HC).
- Poblaciones con sistema de salud y estructuras sanitarias parcialmente afectadas. Solo se utilizarán del PMA y del HC los módulos que replacen los servicios afectados de las estructuras sanitarias locales. Los profesionales expatriados reforzaran las estructuras intactas, acompañando procesos liderados localmente.
- Poblaciones con estructuras sanitarias operativas con un sistema de salud desbordado. La respuesta se centra en el reforzamiento del sistema local con profesionales expatriados y equipamiento médico.

**2.1-** En su **organización**, los módulos asistenciales forman parte de una respuesta integral en salud liderada por la OAH. Los elementos estructurales de esta respuesta son la coordinación con el clúster de salud, los profesionales locales y expatriados (equipo médico internacional) y los propios módulos de apoyo asistencial.

La respuesta debe garantizar la atención continuada 24 horas, por lo que se deberá sinergizarse con las instituciones locales. Se establecen tres escalones de respuesta asistencial:

<b>ESCALON DE RESPUESTA BÁSICA (ERB)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selección y estabilización de pacientes. Preparativos para su transporte a la instalación sanitaria más adecuada para su tratamiento final.</li> <li>- Su disponibilidad para partir desde la orden de activación será de 12 horas.</li> <li>- Su operatividad sobre el terreno al llegar al punto de despliegue será inferior a 6 horas.</li> <li>- Su capacidad operativa en el terreno se podrá mantener durante 15 días.</li> </ul>
<b>ESCALON DE RESPUESTA AVANZADA (ERA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selección y estabilización de pacientes con posibilidad de cirugía de urgencias y hospitalización de corta estancia, hasta su transporte a la instalación sanitaria más adecuada para su tratamiento final.</li> <li>- Su disponibilidad para partir desde la orden de activación será de 24 horas.</li> <li>- Su operatividad sobre el terreno al llegar al punto de despliegue será inferior a 12 horas.</li> <li>- Su capacidad operativa en el terreno se podrá mantener durante 30 días, contemplándose la posibilidad de relevos para garantizarla, si las condiciones del país afectado lo permite.</li> </ul>
<b>ESCALON DE RESPUESTA ESPECIALIZADA (ERE)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Este nivel asistencial implica el despliegue del hospital de campaña.</li> <li>- Capacidad de selección y estabilización de pacientes para su tratamiento médico-quirúrgico y hospitalización de media-larga estancia.</li> <li>- Su disponibilidad para partir desde la orden de activación será de 72 horas.</li> <li>- Su operatividad sobre el terreno al llegar al punto de despliegue será inferior a 24 horas.</li> <li>- Su capacidad operativa en el terreno se podrá mantener durante 60 días, contemplándose la posibilidad de relevos para garantizarla, si las condiciones del país afectado lo permite.</li> </ul>

(4)



## **2.2- Clúster**

Casi todos los gobiernos están organizados por sectores, como salud, agricultura, agua o logística.

Los clústeres son grupos de organizaciones humanitarias, tanto de las Naciones Unidas como fuera de ella, por ejemplo agua, salud y logística. Todos ellos son designados por el IASC asumiendo responsabilidades de coordinación.

## **2.3 Coordinación entre Sectores Clúster**

La coordinación entre clústeres es fundamental para poder conseguir objetivos comunes, evitando la duplicación y dando prioridad a las áreas de necesidad. Esta dirigida por la plataforma de coordinación entre clústeres que normalmente está presidida por OCHA.

## **2.4 Los criterios para la activación del clúster se cumplen cuando:**

- a) Existen brechas de respuesta y coordinación debido a un importante deterioro o un cambio significativo en la situación humanitaria.
- b) La capacidad nacional existente de respuesta o coordinación es incapaz de satisfacer las necesidades de manera que respete los principios humanitarios, debido a la magnitud de las necesidades, al número de actores implicados, a la necesidad de un enfoque multisectorial más complejo o a la capacidad de responder o aplicar principios humanitarios.(5)

## **2.5 APOYO TÉCNICO ESPECIALIZADO**

Son los diferentes grupos que se embarcan en una emergencia de Tracto rápido, centrándonos en los EMT. Además existen los equipos de personal expertos que proporcionan asistencia médica y de rescate en caso de emergencia denominados USAR que se despliegan internacionalmente con equipo especializado perros de búsqueda y rescate particularmente en entornos urbanos donde hay estructuras colapsadas. Los USAR pueden estar operativos en el país afectado dentro de las 24 a 48 horas del desastre y son autosuficientes mientras dure su despliegue (normalmente de 7 a 10 días).

### **1.2.3. Equipos Médicos de Emergencia (EMT)**

Según la OMS término EMT se refiere a un grupo de profesionales de la salud que prestan atención clínica directa a las personas afectadas por brotes y emergencias como capacidad de respuesta en apoyo al sistema de salud local.

Un EMT puede incluir personal gubernamental (tanto civil como militar) y no gubernamental y puede estar formado por personal tanto nacional como internacional.

Su función principal es apoyar a los Estados miembros, las ONG y las organizaciones internacionales a través de la identificación de normas mínimas, prácticas óptimas, logística y coordinación de procedimientos operativos estándar. (6)

### 1.2.3.1 Visión de los EMT

- a) Preservar la salud. b) Recuperar la salud. c) Proteger la dignidad. d) Salvar vidas.

### 1.2.3.2 Definidos por nivel de EMT y por tipo de tratamiento

	EMT Nivel 1	EMT Nivel 2	EMT Nivel 3
Evaluación inicial y triage	Triage inicial y de campo	Triage quirúrgico	Triage para derivaciones complejas
Reanimación	Soporte vital y primeros auxilios básicos	Soporte vital y manejo de la vía aérea avanzados	Se dispone de nivel de cuidados intensivos con ventilación asistida disponible.
Estabilización y referencia del paciente	Estabilización básica y referencia	Aceptación de la referencia, estabilización avanzada y referencia	Aceptación de la referencia y manejo hasta el nivel de cuidados intensivos
Tratamiento de heridas	Tratamiento inicial de las heridas	Tratamiento quirúrgico completo de heridas	Tratamiento reconstrucción de heridas complejas
Tratamiento de fracturas	Tratamiento básico de las fracturas	Manejo avanzado de fracturas	Tratamiento ortopédico definitivo y complejo
Anestesia	No se brinda anestesia general	Anestesia general básica	Anestesia general intermedia, gases anestésicos pediátricos y para adultos
Cirugía	No se brinda	Tratamiento quirúrgico de emergencia, incluyendo cirugía obstétrica y ginecológica	Cirugía reconstructiva y especializada
Cuidados intensivos	No se brinda	No se brinda	Se brinda cuidados intensivos
Tratamiento de enfermedades transmisibles	Tratamiento ambulatorio básico	Hospitalización	Cuidados intensivos y referencia a especialista
Atención obstétrica de emergencia	Atención básica para emergencias obstétricas (BEOC)	Atención integral para emergencias obstétricas (CEOC)	Atención integral para emergencias obstétricas (CEOC) y cuidados intensivos
Atención de emergencias pediátricas	Tratamiento pediátrico ambulatorio básico para lesiones y enfermedades endémicas	Hospitalización y tratamiento pediátrico básico para lesiones y enfermedades endémicas	Tratamiento de niños gravemente enfermos y cuidados intensivos
Tratamiento de enfermedades crónicas	Tratamiento ambulatorio básico de enfermedades crónicas debido a exacerbaciones menores	Hospitalización y tratamiento básico para exacerbaciones agudas de enfermedades crónicas	Atención avanzada/cuidados intensivos para exacerbaciones agudas de enfermedades crónicas
Rehabilitación	Proveer rehabilitación básica o referir a otro equipo o servicio local.	12 m <sup>2</sup> de espacio equipado para rehabilitación médica, traumatológica y de discapacidades previas y que tenga en cuenta la accesibilidad	
Laboratorio y transfusiones de sangre	Pruebas básicas de detección rápida, no se hacen transfusiones de sangre	Capacidad de hacer pruebas básicas y transfusiones de sangre seguras a pacientes hospitalizados (banco de sangre de ambulantes)	Capacidad de hacer pruebas avanzadas y transfusiones de sangre seguras a pacientes hospitalizados
Farmacia y suministro de medicinas	Suministro ambulatorio de medicinas para tratar de acuerdo a la capacidad del EMT por dos semanas, lista de medicamentos esenciales de la OMS o equivalente, profilaxis para tétano	Suministro de medicamentos para pacientes ambulatorios y hospitalizados, incluidas drogas para cirugías y anestesia, lista expandida de medicamentos esenciales	Farmacopea de medicamentos para atención en cuidados intensivos

	EMT Nivel 1	EMT Nivel 2	EMT Nivel 3
<b>Radiología</b>	No se brindan imágenes para diagnóstico	Rayos X básicos	Rayos X y ultrasonido.
<b>Esterilización</b>	Autoclave básico de vapor o material desechable	Autoclave quirúrgica completa con trazabilidad	Autoclave quirúrgica completa con trazabilidad
<b>Logística</b>	Equipo autosuficiente +/- instalación para atención ambulatoria de emergencias autosuficiente, si es que se brinda	Equipo autosuficiente +/- instalación tipo 2 autosuficiente, si es que se brinda	Equipo autosuficiente +/- instalación de nivel 3, si es que se brinda
<b>Tamaño del EMT</b>	Personal: Por lo menos 3 médicos capacitados en atención de emergencia y primaria, además de enfermeros/as, paramédicos y personal logístico. (De preferencia, una relación 1:3 de médicos:enfermeros/as). El personal debe tener capacidades en atención de emergencias y traumas, salud materno-infantil y conocimientos para el tratamiento de enfermedades endémicas.	Personal: incluye médicos capacitados en atención de emergencia y medicina general (incluidos pediatría y salud materna), personal de cirugía y anestesia para quirófano, y personal médico, de enfermería y logístico para gestionar la hospitalización. La relación debe de ser o exceder; relación de técnico en anestesia/anestesiista 1:1 con cirujanos, 5 miembros de personal técnico para sala de operaciones por cada mesa de operaciones. La relación de enfermería es de por lo menos 1 enfermero/a: 8 camas de internamiento (24 horas)  1 profesional rehabilitador por cada 20 camas	El personal debe cumplir con los niveles de requerimientos y las relaciones de un EMT nivel 2 y además tener la relación adicional de: Cirujano(s) para reconstrucción ortoplástica. Relación de 1 enfermero/a cada 2 camas de cuidados intensivos (24 horas). Logistas y personal auxiliar de salud, incluyendo rehabilitación que refleje el aumento de tamaño y complejidad.
<b>Capacidades del EMT</b>	Móvil: 50+ consultas/día ambulatorias por dos semanas  Fijo: 100+ consultas/día ambulatorias por dos semanas	Por lo menos 20 camas para hospitalización. 7 cirugías mayores/15 cirugías menores por día por lo menos por dos semanas	Por lo menos 40 camas de hospitalización, 2 mesas de operaciones disponibles por 24 horas, 15 cirugías mayores o 30 menores a diario, por un mínimo de 4 semanas
<b>Capacidad de la instalación (si es que está proveída por el EMT)</b>	Si se brinda la instalación: Albergue temporal de despliegue rápido para brindar servicios ambulatorios de EMT, o móvil	Si se brinda la instalación: Por lo menos 20 camas para hospitalización y un quirófano con una mesa quirúrgica	Si se brinda la instalación: pabellones, quirófano (2+ mesas quirúrgicas), área de servicios ambulatorios y de cuidados intensivos con camas

(7)

## 1.2.4. INITIAL RAPID ASSESSMENT

### 1.2.4.1 Antecedentes

(IRA) fue desarrollada por los Grupos de Salud, Nutrición y WASH del Comité Permanente entre Organismos de las Naciones Unidas (IASC) en 2006-2007. Su principal misión es proporcionar una evaluación rápida multisectorial más rápida y mejor en las primeras horas de una crisis repentina, con la intención de orientar la planificación de las intervenciones humanitarias urgentes, para identificar las necesidades de las evaluaciones de seguimiento y para informar las decisiones de financiación.

La IRA está concebida para ser utilizada sobre el terreno por miembros de equipos sin conocimientos técnicos especializados (por ejemplo, en evaluación humanitaria, o en programas de salud o agua), para garantizar que los datos esenciales puedan ser recogidos y enviados en 24-48 horas.

### 1.2.4.2 Objetivos de la IRA

El objetivo de la IRA es responder a las siguientes preguntas básicas:

1. ¿Qué ha ocurrido? ¿Existe una situación de emergencia y, si es así, cuáles son sus características principales?
2. ¿Cómo se ha visto afectada la población por la emergencia? ¿Quiénes son probablemente los más vulnerables y por qué? ¿Cuántas personas se han visto afectadas y dónde están?
3. ¿Es necesario intervenir para evitar más daños o pérdidas de vidas? En caso afirmativo, ¿cuáles son las principales prioridades de asistencia?
4. ¿Cuáles son las amenazas continuas o emergentes que pueden intensificar la emergencia?
5. ¿Qué recursos y capacidades ya existen (por ejemplo, infraestructuras e instituciones) que podrían ayudar en la respuesta, y cuáles son las carencias inmediatas de capacidad?
6. ¿Cuáles son las principales lagunas de información que deben abordarse en las evaluaciones de seguimiento?(8)

#### **1.2.4.3 Momento del IRA**

Se debe poner en marcha lo antes posible tras el inicio de una crisis aguda. Se puede utilizar en situaciones de emergencia crónicas que se agudizan; y cuando se tiene acceso a zonas que antes eran imposible el acceso debido a la inseguridad, las condiciones climáticas u otros obstáculos.

#### **1.2.4.4 Funciones y responsabilidades**

Fue desarrollado como una iniciativa tri-clúster, deben existir mecanismos de coordinación intrasectorial e intersectorial.

El (UNCT) garantiza la coordinación general y la coordinación dentro del sistema de las Naciones Unidas y las ONG en el marco del IASC.

Según la FICR, la evaluación es un elemento decisivo del proceso de planificación de programas, pues la información que en ella se obtiene forma la base para la toma de decisiones. Aunque la buena información no es garantía de un buen programa, la mala información sí es, casi siempre, sinónimo de un programa deficiente. Por otra parte, la utilización de una metodología estándar permite comparar los resultados de diferentes evaluaciones.(9)

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVOS GENERALES**

- ✓ Analizar los distintos Assessment de Tracto Rápido de las diferentes Agencias/ong's.

## **2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ✓ Comparación de los distintos protocolos obtenidos para obtener una sola guía actualizada.
- ✓ Incrementar la eficiencia de las evaluaciones (Assessment) de Tracto Rápido.

## **3. METODOLOGIA**

### **3.1. MATERIAL Y METODOS**

Estudio cualitativo que se realiza para extraer descripciones y datos por medio de la observación que se ha llevado a cabo.

Para poder realizar el estudio, se estableció un equipo de expertos en Acción Humanitaria, consiguiendo en común la creación de un protocolo de participación IRA en Emergencias de Tracto rápido.

### **3.2. CARACTERISTICAS DE ESTE ESTUDIO**

Datos suministrados por distintos organismos internacionales (OMS, OCHA, Cruz Roja, OPS, Médicos del Mundo, AECID) respecto a la asistencia prestada en Emergencias de Tracto Rápido, centrándose en la actividad objeto de este estudio (Assessment IRA).

### **3.3. ANÁLISIS.**

Con relación al análisis de resultados, se analiza los Assessment IRA, (Cruz Roja-Media Luna Roja, OPS, Médicos del Mundo, AECID) de las diferentes Agencias gubernamentales y no gubernamentales, observándolas entre ellas.

La documentación aportada por las diferentes Agencias/ONG,s son material privado y confidencial no siendo accesibles a todo el mundo. Las personas que tengan interés en ellos deberán ponerse en contacto con cada una de las Agencias/ONG, s mencionadas.

#### **3.3.1. MEDICOS DEL MUNDO**

Médecins du monde o Médicos del Mundo, es una organización no gubernamental de carácter internacional fundador Bernard Kouchner en 1980, que proporciona atención médica de emergencia y de largo plazo para poblaciones vulnerables, y defiende la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria en todo el mundo.(10)

En el caso de MdM (Médicos del Mundo) interviene para mitigar los impactos directos e indirectos en la salud pública y en el bienestar de las poblaciones afectadas por un determinado desastre o crisis. Asimismo MdM interviene normalmente en el marco de un acuerdo explícito y formal con las autoridades sanitarias del país, no en la sustitución de la función de responsabilidad pública sino el apoyo y el fomento de las buenas prácticas.

En principio MdM puede asumir todas las fases de una emergencia/ crisis, desde la primera emergencia hasta la fase de recuperación. En todo caso MdM trabaja para soluciones a largo plazo, dentro de los programas humanitarios. Es decir, la ayuda, aunque sea de emergencia, debe estar enmarcada dentro del continuum emergencia-reconstrucción-desarrollo y debe servir para reducir la vulnerabilidad a más largo plazo. Para MdM la evaluación de las necesidades iniciales en situaciones de emergencia y crisis suele ser una valoración rápida de lo que se necesita. Esta evaluación sirve para analizar la situación y las necesidades con el fin de determinar qué tipo de ayuda se requiere.(11)

- MdM, en situaciones de emergencia suele centrarse en Apoyo a los Centros Sanitarios ya existentes.
- Las situaciones de emergencia y de crisis tienen repercusiones tanto en la salud de las poblaciones, como en el sistema sanitario, (deterioro por escasez de recursos humanos y financieros, ataques a instalaciones sanitarias, escasez de equipamiento, escasez o falta de medicamentos) y en la capacidad de la población para acceder a los servicios sanitarios (inaccesibilidad por inseguridad o por una catástrofe natural).
- Ayudar a la rehabilitación de un sistema sanitario que ha quedado inutilizado debido a emergencias o crisis.
- Restablecer el acceso a la asistencia sanitaria que se ha interrumpido debido a una situación de emergencia.
- Complementar la oferta asistencial de forma que se proporcione un paquete mínimo de actividades en consonancia con las necesidades de la población.

**Según MdM este servicio tiene unas ventajas y unos inconvenientes:**

**a) Ventajas de este procedimiento operativo**

- ✓ Sostenibilidad
- ✓ Reforzar el sistema sanitario
- ✓ Capacidad de asistencia en estaciones de tren.
- ✓ Conforme al mapa de instalaciones y servicios.

**b) Desventajas de este procedimiento operativo**

- ✓ No hay gestión directa del personal, (absentismo, retrasos, motivación...)
- ✓ Negociaciones casi continuas con el/los director/es de los centros de salud del distrito.
- ✓ Compromiso que debe alcanzarse entre los procedimientos de funcionamiento del centro local y el de MdM (a veces, horarios de apertura extremadamente limitados en los centros sanitarios locales).
- ✓ Poca flexibilidad.

### **3.3.2. CRUZ ROJA / MEDIA LUNA ROJA**

El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, comúnmente conocido como la Cruz Roja (Internacional) o la Media Luna Roja (Internacional), es un movimiento humanitario mundial de características particulares y únicas en su género, por su relación particular con base en convenios internacionales con los estados y organismos internacionales por un fin verdaderamente humanitario. Fue fundado en 1863 y es miembro de la ONU. Los fundadores fueron Henri Dunant, Guillaume-Henri Dufour, Gustave Moynier, Louis Appia, Théodore Maunoir.

(12)

Cruz Roja plantea otra forma de actuación ante una catástrofe, en la fase preliminar, el equipo de evaluación de la Federación Internacional de la Cruz Roja desplazado a la zona determinará los recursos necesarios para afrontar la intervención. Entre estos recursos se encuentran incluidas las ERU, de tal forma que valorarán la necesidad o no de unidades de este tipo.

Después de un breve plazo de tiempo y con toda la información, la IFRC determinará qué tipo de ERU se desplaza y el país encargado de la operación, junto a los recursos

necesarios. Estas unidades se despliegan en la zona afectada en un plazo máximo de 72 horas.(13)

Para cruz roja la evaluación es un elemento decisivo del proceso de planificación de programas, pues la información que en ella se obtiene forma la base para la toma de decisiones.

Aunque la buena información no es garantía de un buen programa, la mala información sí es, casi siempre, sinónimo de un programa deficiente. Por otra parte, la utilización de una metodología estándar permite comparar los resultados de diferentes evaluaciones.

Cruz Roja engloba tres tipos de evaluaciones:

#### **a) Evaluación rápida**

Se realiza después de producirse un cambio importante, como p. ej. Un terremoto o un desplazamiento repentino de refugiados, y proporciona información sobre las necesidades de los afectados, los posibles tipos de intervención y los recursos necesarios. Normalmente, la evaluación rápida se realiza en una semana o menos tiempo.

#### **b) Evaluación detallada**

La evaluación detallada se realiza por cualquiera de las siguientes razones:

- se ha realizado una evaluación rápida y se requiere información más detallada
- la Cruz Roja/Media Luna Roja piensa trabajar en una nueva zona y necesita información detallada sobre la cual basar sus decisiones
- la Cruz Roja/Media Luna Roja opina que la situación está cambiando poco a poco, y necesita más información (p. ej., en el caso de una sequía que se agudiza lentamente)
- Las evaluaciones detalladas se realizan en aproximadamente un mes, aunque pueden consumir más o menos tiempo en función de la extensión de la zona a evaluar, la complejidad de los problemas y los recursos disponibles.

**c) Evaluación continua** Después de efectuar una evaluación detallada, y si permanece trabajando en la zona, la Cruz Roja/Media Luna Roja realiza una evaluación continua para actualizar permanentemente la información.(14)

### **Equipo de evaluación**



El jefe del equipo de evaluación decide cuál va a ser la composición del equipo:

- Una o más personas con experiencia, pero sin conocimientos específicos =

**Evaluación Rápida**

- Una o más personas con experiencia y conocimientos específicos = **Evaluación detallada**

- Grupo de especialistas que representan todos los ámbitos de la labor (ingenieros, trabajadores de la salud, etc.) = **Evaluación continua**

**Según Cruz Roja este servicio tiene unas ventajas y unos inconvenientes:**

**a) Ventajas de este procedimiento operativo**

- El equipo puede formarse con rapidez (no es necesario buscar a personas con conocimientos específicos). Por lo tanto, útil para las evaluaciones rápidas.
- Se puede obtener un buen análisis general de la situación.
- Al poder participar en la evaluación personal de cualquier disciplina, es un equipo adecuado para la evaluación continua.

**b) Desventajas de este procedimiento operativo**

- La falta de conocimientos específicos hace necesario realizar evaluaciones complementarias cuando se detectan problemas técnicos.
- Pueden no detectarse problemas técnicos.
- En situaciones extremas, el equipo de evaluación puede tener que prestar asistencia (p. ej. en situaciones de conflicto).

### **3.3.3. AECID**

La Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo es una Agencia Estatal de España, órgano de gestión de la política española de cooperación internacional para el desarrollo y orientada a la lucha contra la pobreza y al desarrollo humano sostenible. Es un Organismo público Español fundado en Noviembre de 1988.(15)

La AECID, a través de la Oficina de Acción Humanitaria, asume la coordinación y el liderazgo de la Acción Humanitaria española, tanto en contextos afectados por crisis

humanitarias como en foros humanitarios internacionales y regionales, promoviendo la asociación con socios humanitarios relevantes, donantes, organismos internacionales especializados, organizaciones no gubernamentales (ONG), universidades, centros de pensamiento, empresas y el desarrollo de una política pública en acción humanitaria con otros actores estatales, las Comunidades Autónomas y la Federación Española de Municipios y Provincias.

Desde hace años, AECID ha respondido a emergencias humanitarias articulando y coordinando operativos médicos.

La OAH ha iniciado el proyecto START (siglas en inglés de Spanish Technical Aid Response Team), que permite que España cuente desde el 2016 con un equipo sanitario de gran nivel formado por profesionales pertenecientes al sistema nacional de salud, en cualquier rincón del mundo donde se produzca una emergencia humanitaria, posicionando a la AECID a la cabeza de las agencias donantes europeas en cuanto a respuesta humanitaria se refiere.

El Equipo START clasificado por la Organización Mundial de la Salud como equipo especializado EMT Nivel II, se integra dentro de la EERC (European Emergency Response Capacity), un mecanismo organizado por la DG ECHO de la Comisión Europea para coordinar y aumentar la eficacia de la respuesta humanitaria europea, en el marco del Mecanismo Europeo de Protección Civil.

### **Marco de actuación internacional**

El Equipo EMT II START se enmarca dentro de la iniciativa “Emergency Medical Teams, liderada por la OMS, que tiene como objetivo estandarizar la respuesta a catástrofes naturales por parte de los equipos médicos internacionales, de forma que se asegure un nivel de calidad mínimo. De este modo, se han establecido tres niveles de EMT, siendo el primero el más sencillo y el tercero el más complejo.

La AECID ha optado por un EMT de nivel 2, que cuenta con capacidad quirúrgica y hospitalización; de esta manera se dispone de un equipo ligero, fácil de transportar y desplegable en áreas complejas. El START está certificado como EMT de la OMS.

En las respuestas a emergencias el equipo EMT II START se coordinará con la Célula de Coordinación de EMT (EMTCC) y con los sistemas de coordinación que se establezcan en cada caso, tanto en el ámbito de NNUU (OCHA, UNDAC, VOSOCC, clúster Salud), como con los sistemas nacionales del país afectado.

Todo ello articulado por el Artículo 53 de la Decisión de Ejecución de la Comisión de 16 de Octubre de 2014 por la que se establecen las normas de desarrollo de la Decisión nº. 1313/2013/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa a un Mecanismo de Protección Civil de la Unión Europea.

La intervención de AECID se realizará en todos los contextos donde por necesidades humanitarias sea pertinente.

El despliegue se realizará en base a una solicitud bilateral de ayuda o cuando el país emita la declaración internacional de emergencia, según se coordine con el MAEC.

Si bien es difícil en estos momentos hacer una definición de conflicto armado o guerra, en principio, y con todas las salvedades posibles, el START no está diseñado para ser desplegado en medio de un conflicto para atender personas heridas a causa del mismo. Si la catástrofe natural se produjera en medio de un conflicto armado declarado o en una zona de especial inseguridad (urbana o rural) será la dirección de la AECID, junto con el MAEC, quienes determinen la activación o no de START.

**Según AECID este servicio tiene unas ventajas y unos inconvenientes:**

**a) Ventajas de este procedimiento operativo**

- El despliegue se realizará en base a una solicitud bilateral de ayuda o cuando el país emita la declaración internacional de emergencia.
- No es vulnerable al sesgo del informante.
- START no está diseñado para ser desplegado en medio de un conflicto para atender personas heridas a causa del mismo.
- Da a los equipos de evaluación su propia perspectiva.

**b) Desventajas de este procedimiento operativo**

- Si la catástrofe natural se produjera en medio de un conflicto armado declarado o en una zona de especial inseguridad (urbana o rural) será la dirección de la AECID, junto con el MAEC, quienes determinen la activación o no de START.
- Las catástrofes naturales pueden tener un impacto diferente en función tanto del tipo de desastre como de las capacidades de la población afectada.
- En mitad de un despliegue se origine un conflicto armado.

### **3.3.4. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)**

La Organización Panamericana de la Salud es el organismo especializado de salud del sistema interamericano, encabezado por la Organización de los Estados Americanos, y también está afiliada a la Organización Mundial de la Salud, desde 1949, de manera que forma parte igualmente del sistema de las Naciones Unidas. Fue fundada el 2 de Diciembre de 1902 con sus Oficinas Centrales en Washington D. C., Estados Unidos.(16)

La OPS cuenta con un Marco de respuesta multiamenaza del sector de la salud el cual responde a la necesidad expresada por los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud de mejorar su preparación para la respuesta a emergencias y desastres en salud, en concordancia con las metas globales del Marco de Sendái para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030, así como con el compromiso de los países para la aplicación, implementación y cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

Su principal objetivo es contribuir a mejorar la capacidad de los países para gestionar emergencias y desastres de una forma más eficiente y oportuna, comparte principios y raíces con la OCHA a través de un modelo operativo que permita identificar y desempeñar funciones comunes para gestionar la respuesta.

#### **Comité operativo de emergencias del sector de la salud de la OPS**

En América Latina y el Caribe se ha generalizado la utilización del comité operativo de emergencias del sector de la salud como modelo de operación de emergencias y desastres liderado, en cada nivel territorial, por la máxima autoridad de salud (ministro de salud, secretario de salud, etc.). El comité debe tomar decisiones y priorizar necesidades con el debido soporte técnico, establecer el apoyo requerido de otros sectores y entidades y elaborar la planificación para enfrentar la emergencia y evitar mayores riesgos para la salud.

El comité operativo de emergencias se convierte en un mecanismo eficaz para la toma de decisiones basándose en la evaluación de daños y en el análisis de la situación de salud en todos los niveles territoriales y por las diferentes entidades del sector, de manera conjunta y compartiendo la información y el análisis procedente de las llamadas salas de situación.

**Según OPS este servicio tiene unas ventajas y unos inconvenientes:**

**a) Ventajas de este procedimiento operativo**

- Facilita la toma de decisiones y disminuye el margen de errores.
- Proporciona unidad de mando y control, potenciando el liderazgo en el sector salud.
- Establece una organización simplificada.
- Facilita la gerencia de la crisis.
- Facilita el manejo ordenado de la información.
- Plantea la necesidad de las FFAA en un momento dado.

**b) Desventajas de este procedimiento operativo**

- La mayoría de los países han mejorado su capacidad de respuesta a los desastres. Sin embargo, persisten asimetrías en la capacidad de coordinación y de utilización de la ayuda.
- A menudo, la urgencia por dar una respuesta inmediata desde el sector de la salud a las necesidades de la población no puede esperar que se implanten mecanismos eficaces de coordinación entre entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales.

**3.4. Elaboración de grupo de expertos.**

**Grupo de discusión:** Formado por personal de enfermería y medicina con experiencia en salidas internacionales de diferentes ONG,s y miembros de EMT Español bajo amparo de la OCHA, en varias reuniones realizadas a lo largo de los meses de Noviembre 2020, Enero 2021 y febrero 2021y aportando verbalmente y a través de un cuestionario sus experiencias con los métodos ya existentes a seguir, llegando todos a una conclusión común.

Quedando patente la no perjudicación ni la calidad dada de métodos aquí mencionados ante la actuación hacia el paciente.

Se estableció un equipo de expertos sanitarios con amplia experiencia en Acción Humanitaria y conflictos consiguiendo en común la creación de unas preguntas de participación IRA en Emergencias de Tracto rápido.

A lo largo de varios meses entre Noviembre del 2020 y Enero y Febrero del 2021en varias reuniones que se fueron creando por medio de reuniones presenciales y on-line se recopilaron unas preguntas que bajo el criterio en común de todo el grupo deberían ser el eje principal de participación para toda Agencia/ONG que sería de gran utilidad a la hora de plantear un Rapid Assessment e integrar a cada una de ellas.

### 3.4.1. Perfil grupo de expertos.

Se creó un grupo de sanitarios tanto del ámbito civil como del ámbito militar con experiencia y alta experiencia tanto en acción humanitaria como en conflictos. Ley de confidencialidad, se nombran como SUJETOS.

En anexo 3.4.1 podrán comprobar los nombres.

Así lo componen:

Tabla 3.4.1 Perfil de los participantes.

	SEXO	ORIGEN	PROFESION	DESTINOS
SUJETO 1	MASCULINO	ALCOY	PROFESOR UNIVERSIDAD ENFERMERO MIEBRO DEL START	KOSOVO, SENEGAL, CAMERUN, NEPAL, UGANDA, MEJICO, MOZAMBIQUE
SUJETO 2	MASCULINO	LOGROÑO	DIRECTOR MEDICO AP DE LA RIOJA MIEMBRO DEL START	MOZAMBIQUE
SUJETO 3	MASCULINO	GRANADA	ENFERMERO HELICOPTERO SANITARIO GIGANTE 2 MIEMBRO DEL EMT-2 START	MOZAMBIQUE, PALESTINA.
SUJETO 4	MASCULINO	MADRID	LICENCIADO EN FISICA CAPITAN (RV) DEL EJERCITO DEL AIRE COORDINADOR TECNICO EMT-2 START	KFOR,SFOR ANTIGUA YUGOSLAVIA ISAF EN AFGANISTAN MOZAMBIQUE, HONDURAS, GUINEA ECUATORIA.
SUJETO 5	FEMENINO	MADRID	TECNICO EMT-2 START ENFERMERA	MOZAMBIQUE, GUINEA ECUATORIAL
SUJETO 6	FEMENINO	MADRID	DIRECTORA OPERACIONES ENFERMERIA EMT-2 START ENFERMERA ENFERMERA ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBTETRICIA	MOZAMBIQUE
SUJETO 7	MASCULINO	HUESCA	COORDINADOR WASH OPS	MOZAMBIQUE, LATINOAMERICA
SUJETO 8	MASCULINO	ORIHUELA	ENFERMERO DE HSOPITALIZACION QUIRURGICA- EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS-MISIONES HEMS SUPERVISOR GENERAL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREVIEJA MIEMBRO DEL EMT-2 START	MOZAMBIQUE

### 3.4.2 Creación de las preguntas

A lo largo de varios meses entre Noviembre del 2020 y Enero y Febrero del 2021 en varias reuniones que se fueron creando por medio de reuniones presenciales y on-line una serie de

preguntas que se fueron aportando tanto de protocolos ya existentes como preguntas personales y que se cree que por experiencia deberían estar, se recopilaron unas preguntas que bajo el criterio en común de todo el grupo deberían ser el eje principal de una IRA de participación de cualquier Agencia.

Se estructuró el cuestionario en un total de 55 preguntas repartidas en tres bloques diferentes con un espacio en blanco para las observaciones en cada una de ellas y con un espacio para completar la respuesta afirmativa o negativa según el caso.

En el primer bloque de 15 preguntas se pide los estándares mínimos que una Agencia/ONG tiene que cumplir para una participación en conflicto.

El segundo bloque de 37 preguntas se pide los recursos mínimos que una Agencia/ONG tiene que cumplir para una participación en conflicto.

El tercer bloque de 18 preguntas se pide los estándares mínimos de funcionalidad que una Agencia/ONG tiene que cumplir para una participación en conflicto. Las preguntas se pueden ver en la Tabla 2.

#### **4. RESULTADOS**

En este trabajo nos centramos exclusivamente en el método IRA de las Agencias/ONG,s ya mencionadas, extrayendo la información de cada una de sus bases.

Los resultados que obtuvimos de la comparación entre ellas quedan reflejados en la tabla 1.

Los resultados obtenidos por el grupo de trabajo quedan reflejados en la tabla 2.

Los resultados de la tabla 2 indican que todo el grupo de expertos confirman la idoneidad de las 55 preguntas excepto la pregunta 37 de los estándares de recursos y la pregunta 14 de los estándares funcionales que estaban es desacuerdo o no la ven de vital importancia.

## Resultados.

**Tabla 1**

	VENTAJAS	DESVENTAJAS
<b>MdM</b>	Sostenibilidad. Reforzar el sistema sanitario. Conforme al mapa de instalaciones y servicios. Asistencia en estaciones de tren.	No hay gestión directa del personal. Negociaciones casi continuas. A veces, horarios de apertura extremadamente limitados.
<b>CICR</b>	El equipo puede formarse con rapidez. Se puede obtener un buen análisis de la situación. Equipo adecuado para la evaluación continua.	La falta de conocimientos específicos. Pueden no detectarse problemas técnicos. El equipo de evaluación puede tener que prestar asistencia (p. ej. en situaciones de conflicto).
<b>AECID</b>	El despliegue se realizará en base a una solicitud bilateral de ayuda o declaración internacional de emergencia. No es vulnerable al sesgo del informante. START no está diseñado para ser desplegado en medio de un conflicto militar.	Si la catástrofe natural se produjera en medio de un conflicto armado. Las catástrofes naturales pueden tener un impacto diferente. En mitad de un despliegue se origine un conflicto armado.
<b>OPS</b>	Facilita la toma de decisiones y disminuye el margen de errores. Proporciona unidad de mando y control, potenciando el liderazgo en el sector salud. Plantea la necesidad de las FFAA en un momento dado.	Asimetrías en la capacidad de coordinación y de utilización de la ayuda. La urgencia por dar una respuesta inmediata merma la eficacia de coordinación entre entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales.

**Tabla 2 Estándares necesarios para una participación.**

CRITERIO	S/N	FUENTE DE VERIFICACION
1 ¿Dispone su organización de experiencia en respuesta de salud en crisis humanitarias?	s	Informes post-misión de la organización
2 ¿Existe un manual de organización escrito?	s	Copia del manual de organización
3 ¿Dispone de procedimientos asistenciales acordes con la evidencia científica?	s	Copia del manual de procedimientos
4 ¿Dispone de una guía de uso de medicamentos esenciales?	s	Copia de la guía de medicamentos esenciales
5 ¿Existe un catalogo de planillas de documentos normalizados?	s	Copia de cada modelo (informe clínico, consentimiento informado, notificación exitus, etc)
6 ¿Dispone la organización de un código de conducta humanitario?	s	Copia del código de conducta
7 ¿La organización trabaja según las normas definidas por el Proyecto Esfera?	s	Documento marco de la política de la organización
8 ¿Cuenta la organización con un pool de personal con los perfiles indicados en los estándares?	s	Copia del registro de profesionales
9 ¿Una vez recibida la orden de activación de la OAH, ¿su organización tiene capacidad de partir con un modulo asistencial en un tiempo no superior al definido en los estándares?	s	Carta de compromiso de disponibilidad: Básico < 12h Avanzado < 24h Especializado < 72h
10 ¿La organización tiene capacidad para organizar el módulo en kits que faciliten su transporte?	s	Listado de material en stock
11 ¿El módulo de respuesta especializado está integrado con el resto de módulos que forman el hospital de campaña?	s	Copia del manual de organización del hospital de campaña
12 ¿Dispone la organización de personal ya en terreno?	s	Informe de misión.
13 ¿Procesa la organización alguna religión?	s	Explicar
14 ¿Tiene la organización intereses comerciales/mercantiles en terreno?	s	Explicar
15 ¿Pertenece la organización a grupo étnico?	s	Explicar

## RECURSOS

CRITERIO	S/N	FUENTE DE VERIFICACION
1 Una vez en terreno ¿dispone la capacidad de desplegar el modulo en los tiempos indicados en los estándares?	s	Carta de compromiso de operatividad
2 ¿Hay una persona responsable a cargo del módulo?	s	Copia del manual de organización
3 ¿Hay un Director médico en el módulo?	s	Copia del manual de organización Registro de profesionales de la organización



4 ¿Hay un Director de operaciones en el módulo?	s	Copia del manual de organización Registro de profesionales de la organización
5 ¿Es adecuado el número de profesionales sanitarios en el módulo?	s	Copia del manual de la organización.
6 ¿Tiene el personal que integra el módulo la formación común en respuesta en salud en crisis humanitarias?	s	Registro de profesionales de la organización
7 ¿La organización dispone de un plan de formación continuada para el personal sanitario?	s	Copia del Plan de formación continuada
8 ¿Todo su personal ha completado la formación específica en respuestas en salud en crisis humanitarias?	s	Registro de profesionales de la organización
9 El personal de enfermería del módulo, ¿dispone de experiencia con pacientes pediátricos?	s	Registro de profesionales de la organización
10 ¿Existe un punto R.A.C. en el módulo?	s	Copia del manual de organización y plan funcional
11 ¿Se dispone de una zona protegida para la espera de familiares y/o acompañantes?	s	Copia del manual de organización y plan funcional
12 Las zonas asistenciales del módulo ¿permiten la intimidad de los profesionales y el trabajo de los profesionales?	s	Copia del manual de organización y plan funcional
13 ¿Dispone el módulo de una zona destinada a la reanimación de pacientes en riesgo vital?	s	Copia del manual de organización y plan funcional
14 ¿El área de reanimación tiene capacidad mínima para dos pacientes?	s	Copia del manual de organización y plan funcional
15 ¿Es adecuado el número de consultas?	s	Copia del manual de organización y plan funcional Básica- no inferior a dos Avanzada- no inferior a cuatro
16 ¿Una de las consultas está destinada exclusivamente para la atención de pacientes pediátricos?	s	Copia del manual de organización y plan funcional
17 ¿Es adecuado el box de exploración?	s	Copia del manual de organización y plan funcional
18 ¿Es adecuado el box de trauma?	s	Copia del manual de organización y plan funcional
19 ¿Es adecuado el box de curas?	s	Copia del manual de organización y plan funcional
20 ¿Existe una zona de aislamiento para pacientes de riesgo?	s	Copia del manual de organización y plan funcional
21 ¿Es adecuada el área de observación?	s	Copia del manual de organización y plan funcional
22 En el área de observación ¿el espacio mínimo por cama garantiza la intimidad del paciente y el trabajo de los profesionales?	s	Copia del manual de organización y plan funcional
23 ¿Dispone el área de observación de punto de oxígeno?	s	Copia del manual de organización y plan funcional
24 ¿Dispone el área de observación de una zona específica para la atención de pediatría?	s	Copia del manual de organización y plan funcional
25 ¿Es adecuado el almacén de farmacia?	s	Copia del manual de organización y plan funcional
26 ¿Hay posibilidad de realizar pruebas analíticas las 24 horas?	s	Copia del manual de organización y plan funcional
27 ¿Dispone el módulo de equipo de radiología adecuado?	s	Copia del manual de organización y plan funcional
28 ¿Dispone el módulo de equipo de ecografía adecuado?	s	Copia del manual de organización y plan funcional
29 El área de observación ¿cuenta con el número suficiente de camas?	s	Copia del manual de organización y plan funcional
30 El área de boxes polivalentes cuenta al menos con tres boxes	s	Copia del manual de organización y plan funcional
31 ¿Dispone el módulo de capacidad quirúrgica según los criterios del Nivel A de módulos quirúrgicos?	s	Copia del manual de organización y plan funcional
32 ¿Dispone el módulo de capacidad quirúrgica según los criterios del Nivel E de módulos quirúrgicos?	s	Copia del manual de organización y plan funcional
33 ¿Dispone el módulo de un mortuario adecuadamente dotado?	s	Copia del manual de organización y plan funcional
34 ¿Dispone el módulo de una zona de almacenamiento de residuos?	s	Copia del plan residuos
35 ¿Dispone el módulo de una zona de vida adecuadamente dotada?	s	Copia del manual de organización y plan funcional
36 ¿Dispone el módulo de los medios logísticos suficientes para el mantenimiento del módulo?	s	Copia del plan logístico Básico 15 días Avanzado 15-30 días Especializado 60 días
37 ¿Dispone el módulo de los medios logísticos para habilitar una helisuperficie?	N	Copia del plan logístico

#### FUNCIONAL

CRITERIO	S/N	FUENTE DE VERIFICACION
1 ¿Dispone el módulo de un plan funcional escrito?	s	Copia del plan funcional
2 ¿Dispone el R.A.C. de un sistema de clasificación de pacientes?	s	Copia del plan funcional
3 ¿La clasificación de pacientes es realizada por personal de enfermería?	s	Copia del plan funcional
4 ¿Se dispone de un sistema de clasificación adaptado a pacientes pediátricos?	s	Copia del plan funcional
5 ¿Existe un procedimiento adecuado para la identificación de los pacientes?	s	Copia del plan funcional
6 ¿El módulo dispone de un procedimiento para asegurar la correcta higiene de manos?	s	Copia del plan funcional
7 ¿Dispone el módulo de un kit administrativo para la información médica a los pacientes y a las autoridades sanitarias?	s	Copia de los modelos de informes y documentos médico-legales
8 ¿Se le proporciona al paciente al alta un informe clínico en un idioma comprensible en el país afectado?	s	Copia del plan funcional
9 ¿Existe en el módulo un plan escrito de seguridad?	s	Copia del plan de seguridad
10 ¿Existe un procedimiento descrito para el apoyo psico-social de los familiares de pacientes críticos o exitus?	s	Copia del plan funcional
11 ¿Existe un procedimiento escrito de colaboración con profesionales sanitarios locales?	s	Copia del plan funcional
12 ¿El módulo dispone de un sistema de monitorización de los indicadores de calidad establecidos?	s	Copia del plan de calidad
13 En la respuesta especializada ¿el módulo asistencial avanzado dispone de circuitos con el resto de módulos del hospital de campaña?	s	Copia del plan funcional
14 Dispone el módulo de un procedimiento para la transferencia aeromedica de pacientes?	N	Copia del plan funcional
15 ¿La organización dispone de experiencia en transporte sanitario urgente?	s	Documento marco de la política de la organización.
16 ¿Tiene sistema de comunicación el equipo con el responsable del módulo?	s	Listados de equipos de comunicación.
17 ¿Hay posibilidad de disponer de un banco de sangre?	s	Copia del manual de organización y plan funcional
18 ¿Se dispone de la capacidad de transfusión de sangre total?	s	Copia del manual de organización y plan funcional

## **5 DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

### **5.1. DISCUSIÓN**

La IRA de cada una de estas Agencias/ONG,s es uno de los primeros pasos de la respuesta de emergencia del Equipo Humanitario del País, útil en los momentos de fase temprana.

Quizás es más adecuadas para las situaciones de desastres naturales en las que un acontecimiento concreto provoca una emergencia nueva o repentina, se aplica mejor para informar las decisiones a nivel estratégico con plazos ajustados que genera un impacto humanitario confirmado o potencial seguido de un período de estabilidad relativa que permite que los actores humanitarios puedan llevar a cabo las actividades de respuesta y evaluaciones más detallada.

Tras los análisis obtenidos se podría mejorar la estandarización de las distintas Assessment mencionadas para la incrementación de la eficiencia con un Assessment a nivel global.

### **5.2. CONCLUSIÓN**

La preparación del personal sanitario para las misiones de ayuda humanitaria es una tarea compleja y vital, una completa y exhaustiva IRA ayudara a guiar una buena respuesta del personal sanitario.

Las Agencias/ONG,s aquí mencionadas realizan una labor encomiable en las emergencias de tracto rápido a través de sus IRA.

Las diferencias entre unas y otras y puestas en un contexto de respuesta rápida a un despliegue por catástrofe no tienen repercusión valorable inicial.

Un entendimiento común inicial de las necesidades más apremiantes y de las zonas y grupos afectados.

Podríamos afirmar que la IRA es proceso interinstitucional ligero y rápido basado en las mejores prácticas globales sobre evaluación rápida de necesidades.

El establecimiento de un inventario de la situación permite fijar prioridades y organizar eficientemente la ayuda, para que no se desperdicie tiempo ni recursos.

En la gestión de emergencia, la evaluación siempre ha de ser rápida, realizándose en un corto espacio de tiempo, durante o inmediatamente después de la emergencia y debe existir un serio compromiso entre exactitud y rapidez.

## 6. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a Salvador y Ángela su profesionalidad y sobre todo, su humanidad. Gracias por la dedicación, esfuerzo e implicación en este trabajo de fin de máster. Por acompañarme, guiarme y comprenderme durante todo el proceso; por darme recursos ante los obstáculos y saber focalizar mis ideas. Sin vuestra ayuda, no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

A Andrés Manuel Sanz, Consultor Técnico de la Organización Panamericana de la Salud, sin él no hubiera tenido acceso a información de las Agencias y ONG,s mencionadas.

A Médicos del Mundo, Cruz roja y Media Luna Roja y a la OPS por facilitarme información.

A M<sup>a</sup> Loreto Aleo Giner, Área de Documentación y Bibliología-Servicio de Investigación y Docencia Médica. Hospital Universitario de Torrevieja.

A mis compañeros del Equipo START de la AECID, por apoyarme y emplear su tiempo conmigo.

## 7. BIBLIOGRAFIA

1. Emergency Medical Teams [Internet]. Pan American Health Organization. 2021 [citado 10 noviembre 2020]. Disponible en: [https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2957:emergency-medical-teams&Itemid=0&lang=es](https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=2957:emergency-medical-teams&Itemid=0&lang=es).
2. PAHO TV. II Curso de Coordinadores de Equipos Médicos de Emergencia EMT [Video]. Septiembre de 2016. [Citado 19 enero 2021] [12:13]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=TgcifOKQOso>.
3. OCHOA. [Internet]. Guía para Gobiernos: Acción Humanitaria Internacional - Revisión 2019. [Citado 10 noviembre 2020]. Disponible en: [https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/20190530\\_guia\\_de\\_gobierno\\_esp.pdf](https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/20190530_guia_de_gobierno_esp.pdf)
4. GUÍA OPERATIVA PARA LA RESPUESTA DIRECTA DE SALUD EN DESASTRES. 1.<sup>a</sup> ed. Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, AECID ; 2013.

5. OCHA [Internet]. Guía para Gobiernos: Acción Humanitaria Internacional - Revisión 2019, pag 36-37. [Citado 12 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.humanitarianresponse.info/en/coordination/clusters>
6. Emergency Medical Teams Initiative Year in Review 2018 [Internet]. WHO. 2018 [citado 14 diciembre 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/emergency\\_medical\\_teams/en/1](https://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/emergency_medical_teams/en/1)
7. EQUIPOS MEDICOS DE EMERGENCIA NOTA TECNICA Sobre los requisitos mínimos de los Equipos Médicos de Emergencia (EMT) que responden a desastres y emergencias en las Américas Principios y estándares para la clasificación y registro de los EMT [Internet]. PAHO. 2013 [citado 6 octubre 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/disasters/dmdocuments/NotaTecnica%20Requisitos%20EMT.pdf>
8. Tool MULTI-SECTOR INITIAL RAPID ASSESSMENT (MIRA). 2.ª ed. IASC Needs Assessment Task Force; 2015.
9. Directrices para evaluaciones de emergencia Marzo de 2008 Federación internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja. 1.ª ed. Ginebra, Suiza.: Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja; 2008, pag Disponible en: <https://www.ifrc.org/Global/Publications/disasters/guidelines/guidelines-emergency-sp.pdf>
10. “Medicos del Mundo.” **Wikipedia**, La enciclopedia libre. Actualización 21 de Enero de 2015. [Consultado el 19 de noviembre del 2020]. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9dicos\\_del\\_Mundo](https://es.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9dicos_del_Mundo)
11. Pomarel M.. Marco de referencian para Primaria Sanidad en Situaciones de emergencia y Crisis. Paris: Medecins du monde France; 2018.
12. “Cruz Roja – Media Luna Roja.” **Wikipedia**, La enciclopedia libre. Actualización 11 de Junio de 2021. [Consultado el 15 de Junio del 2021]. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Cruz\\_Roja](https://es.wikipedia.org/wiki/Cruz_Roja)
13. El-sistema-ERU-de-Cruz-Roja.pdf [Internet]. Zona TES. 2013 [citado 5 enero 2021]. Disponible en: <http://media.zonates.com/02-01/PDF/11-El-sistema-ERU-de-Cruz-Roja.pdf>
14. Directrices para evaluaciones de emergencia [Internet]. Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. 2005 [citado 28 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.ifrc.org/Global/Publications/disasters/guidelines/guidelines-for-emergency-sp.pdf>, pag 10.

15. “AECID.” **Wikipedia**, La enciclopedia libre. Actualización 1 de Mayo de 2021. [Consultado el 7 de Mayo del 2021]. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Agencia\\_Espa%C3%B1ola\\_de\\_Cooperaci%C3%B3n\\_Internacional\\_para\\_el\\_Desarrollo](https://es.wikipedia.org/wiki/Agencia_Espa%C3%B1ola_de_Cooperaci%C3%B3n_Internacional_para_el_Desarrollo)
16. “OPS.” **Wikipedia**, La enciclopedia libre. Actualización 30 de Marzo de 2021. [Consultado el 16 de Mayo del 2021]. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n\\_Panamericana\\_de\\_la\\_Salud](https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n_Panamericana_de_la_Salud)
17. Guerrero Portillo Sandra, Montoya-Juárez Rafael, Hueso-Montoro César. Experiencia de enfermedad del personal de enfermería: estudio cualitativo a través del relato biográfico. Index Enferm [Internet]. 2014 Jun [citado 2021 Abr 07] ; 23( 1-2 ): 56-60. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962014000100012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000100012&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100012>.
18. Equipo de las Naciones Unidas para la Evaluación y Coordinación en casos de desastres UNDAC, Manual de Campo; 7ma Edición (2018). Disponible en: [https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2012290S\\_menu.pdf](https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2012290S_menu.pdf).

## 8. ANEXOS

### SIGLAS Y ABREVIATURAS

- ACNUR** Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
- AECID** Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
- CARICOM** Comunidad del Caribe
- CICR** Comité Internacional de la Cruz Roja
- EMT** Equipos médicos de emergencia
- ERC** Coordinador del Socorro en Emergencia
- ERU** Emergency Response Unit
- FICR** Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
- HC** Coordinador Humanitario
- IASC** Comité Permanente entre Organismos sobre la respuesta humanitaria
- IRA** Initial Rapid Assessment
- MIRA** Evaluación Multisectorial Inicial Rápida
- MdM** Médicos del Mundo
- OCHA** Oficina de la ONU para la Coordinación de Asuntos Humanitarios
- OCHA ROLAC** Oficina Regional para América Latina y el Caribe de OCHA
- OMS** Organización Mundial de la Salud
- ONG** Organización no gubernamental
- ONU** Organización de las Naciones Unidas
- OPS** Organización Panamericana de la Salud

**OSOCC** Centro de Coordinación de operaciones sobre el terreno

**RC** Coordinador Residente de las NU

**RCRC** Comité Internacional de la Cruz Roja

**Redhum** Red de Información Humanitaria para América Latina y el Caribe en caso de desastres

**REDLAC** Grupo de Trabajo Interinstitucional para Riesgos, Emergencias y Desastres en América Latina y el Caribe

**RSI** Reglamento Sanitario Internacional

**START** Spanish Technical Aid Response Team

**UNCT** Equipo de país de las Naciones Unidas **UNDAC** El Equipo de las Naciones Unidas de Evaluación y Coordinación en Casos de Desastres

**USAR** Búsqueda y Rescate Urbano

**UNDAC** United Nations Disaster Assessment and Coordination

**VOSOCC** Virtual On-Site Operations Coordination Centre

**WASH** Water, Sanitation and Hygiene

**WHO** World Health Organization

#### **Anexo 3.4.1. Identificación del grupo de expertos.**

**Sujeto 1** Salvador José Molla; Profesor de la Universidad de Alicante, Enfermero de Quirofano, Miembro del Equipo Start, Alferez (RV) Cuerpos comunes de Sanidad Militar.

**Sujeto 2** Rafael Crespo Sabaris; Director de AP del Servicio Riojano de Salud, Vicepresidente segundo del Colegio de médicos de la Rioja, Miembro del Equipo Start.

**Sujeto 3** Roberto Carlos Estevez-Montes; Enfermero de Emergencias Helicoptero Sanitario GIGANTE 2-SESCAM/BABCOCK, Miembro del Equipo Start, Consultor de la OMS en Gaza.

**Sujeto 4** Jose Francisco Sigüenza García; Licenciado en Física, Capitán (RV) del Ejército del Aire, Coordinador Técnico EMT-2 Start.

**Sujeto 5** Teresa Yolanda Barrios; Enfermera, Técnico de Emergencias EMT-2 Start.

**Sujeto 6** Paloma Repila Arenas; Matrona, Directora de Operaciones EMT-2 Start.

**Sujeto 7** Andrés Manuel Sanz; Ingeniero Técnico Industrial, Consultor Técnico OPS, Ex Coordinador Técnico EMT-2 Start.

**Sujeto 8** Jose Alberto Cabrera Ramírez; Enfermero de Hospitalización Quirúrgica, Supervisor General en Hospital Universitario de Torrevieja, Miembro del Equipo Start.

